MODE D'EMPLOI

Les consultations et la pharmacie

1. Pour vos consultations, présentez-vous au service accueil d'un centre agréé STANE avec votre carte STANE et exprimez votre besoin.
2. L'agent du service accueil vérifie votre carte d'assurance et édite un bon de consultation selon la nature de la consultation sollicitée.
3. L'agent vous remet le bon édité afin de vous rendre chez le médecin traitant.
4. Après toute consultation, veuillez vérifier que le médecin a bel et bien porté le code affection sur le bon et qu'il l'a signé et cacheté Vous devez porter obligatoirement votre signature et indiquer votre numéro de téléphone sur le bon en bas de page à gauche.
5. De retour à l'accueil, remettez le bon signé par le médecin à l'agent. L'agent garde le feuillet blanc et vous remet les autres feuillets et votre carte d'assurance.
6. S'il y a une prescription de médicaments, rendez-vous dans une pharmacie agréée avec votre bon et votre carte santé.
7. Dans un intervallle de **15 jours**, la 1ère consultation est payante, toutes les autres de même nature sont **gratuites**.

Les examens et les soins

1. A la fin de la consultation, le médecin vous remet un bulletin d'examen (échographie) ou de soins (aérosol).
2. Veuillez demander au médecin la nature de l'examen ou des soins à faire. Il doit vous indiquer le centre agréé où on peut le faire si c'est en dehors du centre de soins.
3. Rendez vous dans le centre et présentez votre bulletin à l'accueil.
4. Le centre va solliciter STANE pour la prise en charge (par fax, par téléphone, par mail, etc.).
5. Vous ne devez pas vous rendre à STANE pour les prises en charge. En cas de difficulté, contactez-nous par le numéro au verso de votre carte d'assurance.
6. Après tout examen ou tout soin, vous devez porter obligatoirement votre signature et indiquer votre numéro de téléphone sur la facture et les détails des actes.

STANE
INTERNATIONAL

Nos contacts
+ 225 2241 3110
+ 225 2252 7555
info@stanepro.com - www.stanepro.com

Les hospitalisations

Les hospitalisations non programmées

1. L'hospitalisation fait toujours suite à une consultation :
   - ✔ Soit en salle de consultation
   - ✔ Soit aux urgences.
2. Lorsque la décision d'hospitalisation intervient, c'est le centre agréé qui adresse un avis d'hospitalisation au service médical de STANE.

Les hospitalisations programmées

1. L'assuré peut se rendre dans ce cas précis à STANE pour faire valider sa facture proforma.
2. Le jour de son hospitalisation, il présente la facture proforma validée dans le centre agréé qui lui avait délivré cette proforma.
3. Le centre agréé va ensuite adresser un avis d'hospitalisation à STANE.

Fin d'hospitalisation

1. A la fin de votre séjour hospitalier, réclamez une copie de la facture d'hospitalisation et les détails des actes (pharmacie, laboratoire, examens, etc...), ensuite portez votre signature et indiquez votre numéro de téléphone sur les originaux.
2. S'il y a une prescription de médicaments, rendez-vous dans une pharmacie agréée avec votre bon et votre carte santé.

La lunetterie

1. L'assuré se rend chez un ophtalmologue qui après la consultation jugera l'opportunité de faire une prescription de verres correcteurs.
2. L'assuré se rend alors chez un opticien agrée avec sa prescription de verres.
3. L'opticien reçoit l'ordonnance des verres de l'assuré, il l'aide à faire son choix de verres, il prend ses contacts et lui donne un RDV (pour ses lunettes).
4. L'opticien va ensuite faire la demande de prise en charge pour les lunettes de l'assuré à STANE.
5. STANE analysera la demande de l'opticien et lui enverra la réponse qui peut être :
   - ✔ Soit un rejet (pour divers motifs par exemple « délai de carence en cours »)
   - ✔ Soit la délivrance de la prise en charge selon les garanties de l'assuré.
6. L'opticien va ensuite appeler l'assuré pour lui faire part de la réponse de STANE.
7. Après toute obtention de verres correcteurs, vous devez porter obligatoirement votre signature et indiquer votre numéro de téléphone sur la facture.

Votre santé, notre raison d'espérer

STANE International - Mutuelle de santé

Conditions Générales N°CG01/2015

Couverture santé et assistance

inalya mutuelle

réseau de soins
santé
assurance
tiers-payant
Prévoyance
vitale

www.stanepro.com

La présente définit les conditions générales de la mutuelle santé INALAYA à laquelle adhère le client auprès de la société STANE INTERNATIONAL.
Elle détermine les prestations qui sont garanties et fournies en cas de maladie, maternité, accident et décès.

1. Règles à observer

Afin de bénéficier des prestations médicales dans le réseau tiers-payant de STANE International, l'assuré doit :

- Observer les délais de carence.
- Ne pas être suspendu pour défaut de paiement de la cotisation ou pour fraude.
- Disposer de sa carte VISA SANTE délivrée par STANE International.
- Se rendre dans un établissement du réseau correspondant à l'option de couverture souscrite.

Toute fraude ou tentative de fraude de la part d'un Assuré entraîne la nullité de son adhésion. Les cotisations payées demeurent acquises à STANE International qui sera en droit d'exiger le paiement des cotisations échues.

2. Définitions

2.1 Accident
Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure et constatée par un médecin diplômé.

2.2 Adhérent
Personne ayant librement souscrit une convention avec la mutuelle dans le cadre d'une couverture santé.

2.3 Barème
Grille ou table qui permet, par simple lecture de déterminer le taux de couverture, les plafonds de garantie et les forfaits.

2.4 Bénéficiaire
Tierce personne physique ou morale au profit de laquelle l'assurance a été contractée.

2.5 Cotisation
Somme dont le paiement est obligatoire et ouvre droit au bénéfice des prestations.

2.6 Entente préalable
Accord obligatoire du gestionnaire santé ou de l'assureur avant l'exécution de certains actes tels que les prothèses dentaires, les examens coûteux, l'imagerie médicale…

2.7 Maladie
Altération de la santé constatée par un médecin titulaire d'un diplôme reconnu par la législation en vigueur.

2.8 Maladie chronique
Correspond à toute maladie susceptible d'évoluer de façon continue pendant plus de six mois avec ou sans rémission, souvent associée à une invalidité et à la menace de complications graves.

2.9 Maternité
Etat dans lequel se trouve une femme pendant la période de grossesse, durant l'accouchement et les suites.

2.10 Mutualité
Groupe de personnes soumises aux mêmes risques, qui se mettent en commun et qui décident, par la constitution d'un fonds commun allient, par la contribution proportionnelle de chaque membre, de prendre en charge le règlement des sinistres affectant certaines d'entre elles.

2.11 Ticket modérateur
Part des dépenses de santé qui restent à la charge du Bénéficiaire après le remboursement de STANE International.

2.12 Tiers-payant
Facilité de paiement, et donc d'accès aux soins, pour le bénéficiaire qui ne fait pas d'avance de fonds. Il paie au professionnel de santé la part qui ne lui sera pas remboursée par STANE International. Cette dernière règle directement au professionnel ou à l'établissement la part qui lui revient dans le cadre d'une convention de tiers-payant.

3. Domaine d'application

3.1 Validité du contrat
Les garanties prennent effet à la date indiquée dans les Conditions Particulières sous réserve de l'observation des délais de carence sauf pour les cas d'accident.

3.2 Étendue territoriale
Les garanties s'exercent uniquement en Côte d'Ivoire sauf stipulation contraire prévue aux Conditions Particulières.

4. Prestations prises en charge

Aucune prestation, ni traitement n'est garanti s'il n'est ordonné par une personne titulaire d'un diplôme de doctorat en médecine reconnu par la législation en vigueur en Côte d'Ivoire. Les actes sont pris en compte sur le principe du tiers-payant. La pharmacie, les examens, les soins, la lunetterie et les prothèses ne sont pris en charge que lorsqu'ils sont préalablement prescrits par le médecin traitant dans la limite des plafonds.

Sont couverts selon les précisions indiquées dans les conditions particulières :

- Les honoraires médicaux (consultations, visites)
- Les frais pharmaceutiques
- Les examens (analyses biologiques, radiologie, …)
- Les frais de transport par ambulance.
- Les frais de lunetterie (montures plafonnées par type de couverture)
- Les soins et prothèses dentaires
- Les frais de maternité (les examens et soins pré et post-natals y compris l'accouchement)
- Les soins (ou petits soins): les aérosols, la kinésithérapie et la rééducation consécutives à un accident ou à une maladie garantie, la pose de plâtre, etc.
- Le décès d'un bénéficiaire sauf en cas de suicide.

5. Dispositions générales

5.1 Conditions d'adhésion
Sont couverts les conjoints (mariés ou concubins) et les enfants (naturels ou légitimes) et/ou à charge de l'adhérent et/ou de son conjoint d'au plus 21 ans révolus.
Au-delà de 21 ans, les enfants restent couverts selon les tarifs de l'offre Solo.
L'âge limite de souscription pour les adultes est de 70 ans. Le changement de conjoint dans l'offre Duo ou Famille ne peut intervenir qu' à échéance annuelle.
L'adhésion d'un enfant au-delà du 4ème se fait moyennant une surprime.
Les enfants à charge dont la filiation n'est pas établie vis-à-vis de l'adhérent ou du conjoint peuvent être couverts moyennant une surprime.

Un bulletin d'adhésion contenant un questionnaire médical devra être obligatoirement renseigné pour toute adhésion ou incorporation d'affilié. Ledit bulletin devra être rempli avec exactitude sous peine de nullité en cas de fausse déclaration intentionnelle, ou de réduction des indemnités en cas d'omission ou de déclaration inexacte si la mauvaise foi n'est pas établie.

5.2 Paiement des cotisations
Les cotisations sont annuelles et leurs paiements sont fractionnables.
Le non-paiement à l'échéance d'une cotisation ou d'une fraction entraîne la suspension de l'adhérent et de ses affiliés. La levée sera faite après le règlement des échéances dues et échues.

5.3 Délai de carence
Sauf disposition contraire aux Conditions Particulières, un délai de carence est fixé dans les cas suivants :

- Deux (2) mois pour les maladies courantes et les soins dentaires.
- Six (6) mois pour les prothèses dentaires, l'optique médicale, le décès.
- Neuf (9) mois pour la grossesse.
- Un (1) an à compter de la date d'effet de l'adhésion au contrat pour toute maladie chronique : maladie du foie et des voies biliaires, du rein et des voies urinaires, des yeux (cataracte, glaucome, etc.), du sang, maladies cardiovasculaires, du système nerveux, des glandes endocrines (diabète, thyroïde, etc.), hernie, ulcère, végétations adénoides, fibrome, tumeurs, tuberculose, etc., si elle survient pour la première fois pendant la période de garantie.

5.4 Entente préalable
Sont soumis à entente préalable :

- Orthodontie pour les enfants de moins de 14 ans
- Appareils de prothèse et d'orthopédie
- Rééducation
- Kinésithérapie et rééducation
- Traitements au long cours (durée supérieure à un mois)
- Traitements spéciaux tels que la chimiothérapie, la dialyse, la radiothérapie
- Interventions chirurgicales programmées
- Aérosols
- Vaccins
- Traitement hormonal
- Traitements antiviraux
- Interruption spontanée, non volontaire, de grossesse à partir de 5 mois.
- Soins dispensés par des auxiliaires médicaux
- Frais d'infirmerie, garde-malade à domicile
- Soins au laser
- Electrodiagnostic y compris le scanner
- IRM
- Doppler, Mammographie, Hystérosalpingographie
- Bilan prénatal
- Frottis cervico-vaginal
- Accessoires, matérielmédico-chirurgical et orthopédique
- Traitements à l'étranger
- Hospitalisations
- Lunetterie
- Etc…

5.5 Ce que nous excluons
Sont exclus :

- Les ordonnances délivrées par toute personne autre qu'un médecin diplômé d'état.
- Le détartrage
- Les soins ou interventions ayant pour but de remédier à toutes anomalies, infirmités et malformations constitutionnelles.
- Les traitements et opérations à but esthétique
- Les manucures et pédicures
- Les traitements contre la cellulite
- Les affections congénitales
- Les recherches et les traitements de la stérilité
- Les visites prénuptiales
- Les frais de grossesse et d'accouchement liés à une grossesse survenue avant la prise d'effet de l'adhésion.
- Les frais de grossesse et d'accouchement des enfants à charge.
- Les soins et interventions liés à une interruption volontaire de grossesse et à une interruption thérapeutique de grossesse de moins de 5 mois.
- La gymnastique pré et post natale (rééducation périnéale)
- Les traitements et soins préventifs sauf frais prénatal.
- La chiropraxie, la mésothérapie, l'électrothérapie,
- l'hydrothérapie, la thermothérapie, la physiothérapie.
- Les cures thermales et séjours dans les maisons de convalescence, de repos ou établissements similaires.
- Les traitements par psychanalyse, psychothérapie et bilans psychologiques
- Les affections psychiatriques
- Les maladies ou accidents résultant des causes de l'ivresse, la toxicomanie, les tentatives de suicide ou mutilation volontaire, de la pratique de sports dangereux, de la participation à une rixe.
- Les visites d'embauche et visites médicales périodiques imposées par le code du travail.
- Les affections antérieures à l'incorporation de la famille à la couverture médicale.
- Les suppléments n'ayant pas un caractère médical dans le cadre d'une hospitalisation (téléphone, télévision, eau minérale…)
- Les bilans de santé
- L'orthophonie, l'orthoptie.
- Les implants (dentaires, oculaires, etc.), Les autres prothèses.
- Les contrôles (consultations et examens).
- Les affections lourdes et coûteuses (insuffisance rénale chronique, cancer, insuffisance respiratoire chronique, insuffisance cardiaque, cirrhose décompensée, les valvulopathies rhumatismales, etc.)
- Les chirurgies lourdes sur les organes tels que le coeur, le foie, les poumons, le cerveau, les reins, etc.
- Les traitements en optique (photogray, antireflet, etc…)

Les produits pharmaceutiques suivants :

- Antiseptiques locaux : mercurochrome, bétadine, éosine, etc…
- Produits cosmétiques et d'hygiène corporelle : lotion, lait, …
- Antiacnéiques et antiséborrehiques, antisudoraux,
- antiparasitaires externes, antialopéciques
- Allergènes et coffrets de désensibilisation, kératolytiques
- Les préparations
- Topiques à activité trophique ou protectrice
- Trouble de la pigmentation
- Médicaments de la lactation,tests de grossesse
- Contraceptifs
- traitement de la stérilité, infertilité et impuissance sexuelle.
- Neuroleptiques, hypnotiques, antidépresseurs
- Antipalustres préventifs (sauf en prénatal)
- Ceruménolytiques
- Antigénothérapie non spécifique
- Sérums physiologiques, produits d'hygiène buccodentaires :
- Bains de bouche (sauf en cas d'extraction), pâtes dentifrices,…
- Suppléance lacrymale
- Les vitamines et fortifiants, sauf la vitamine C dans les cas de paludisme et de fièvre typhoïde.
- Anorexigènes et orexigènes
- Les vaccins, sauf ceux du PEV de 9mois à 12ans.
- Produits diététiques, de régime et nutrition, alimentation, …
- Produits de contactologie, les réactifs et tests
- Les consommables médicaux : seringue, aiguille, perfuseur,…
- Déparasitage collectif et systématique
- Naturothérapie, homéopathie, phytothérapie, herboriste
- Les objets et accessoires à usage médical et familial : thermomètre, inhalateur, sonde, sparadrap, alcool, etc…
- Pastilles, tablettes et édulcorants, les élixirs.

Les maladies chroniques antérieures à la date d'effet du contrat sont exclues sauf surprime pour risque aggravé lorsqu'elles sont déclarées sur le formulaire d'adhésion.

5.6 Subrogation
Lorsque les prestations fournies en exécution de la convention sont couvertes en tout ou partie par une police d'assurance souscrite auprès d'une autre compagnie ou toute autre institution, STANE International est subrogée dans les droits et actions du bénéficiaire contre cette compagnie ou institution.

De même STANE International est subrogée à concurrence des indemnités versées dans les droits de l'assuré contre tout responsable d'un sinistre.

5.7 Prescription
Toute action dérivant de cette convention est prescrite dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.
Les remboursements ne peuvent s'effectuer que dans un délai maximal de 3 mois à compter de la date des soins.

Administration des régimes santé et assistance